

КАНАЛЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА И ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПРОЦЕССА У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТЯХ

Юрий Ворохобкин, ГУЗ, Орловский ПТД, Орёл, **Виктор Пунга**, др. хаб. мед. наук, проф., ГУ ЦНИИТ РАМН, Москва

В сложной эпидемиологической ситуации, сохраняющейся в России до настоящего времени, большую роль приобретают методы выявления больных, выделителей микобактерий туберкулёза. Для выполнения этой задачи особое значение придаётся выявлению туберкулеза у лиц, обратившихся с жалобами в учреждения общей лечебной сети: поликлиники, городские больницы, ЦРБ, сельские участковые больницы, ФАПы и здравпункты. Вместе с тем, для раннего выявления туберкулёза, особенно в группах риска, приоритетным является выявление больных методом флюорографического обследования.

Для оценки роли различных каналов выявления туберкулёза и характеристики особенностей клинических форм заболевания у впервые выявленных больных, в Орловской области в период с 2000 по 2003 год проведено сравнительное исследование в городской и сельской местностях.

Анализ данных о роли различных каналов выявления туберкулеза в городе и сельской местности представлен в *таблицах 1 и 2*. Как следует из *таблиц 1 и 2* более, чем в половине случаев, больные в городе и селе выявляются при обращении (соответственно 57,2 и 56,8 %).

Таблица 1

Каналы выявления впервые выявленных больных (городское население)

Годы	Общее число больных	При очередном осмотре		При обращении	
		абс. число	%	абс. число	%
2000	286	108	37,8	178	62,2
2001	294	136	46,3	158	53,7
2002	269	121	45,0	148	55,0
2003	241	101	41,9	140	58,1
Итого	1090	466	42,8	624	57,2

Таблица 2

Каналы выявления впервые выявленных больных (сельское население)

Годы	Общее число больных	При очередном осмотре		При обращении	
		абс. число	%	абс. число	%
2000	219	104	47,5	115	52,5
2001	216	93	43,1	123	56,9
2002	219	89	40,6	130	59,4
2003	187	80	42,8	107	57,2
Итого	841	366	43,5	475	56,5

Таким образом, как показали наши исследования, на протяжении последних 3-х лет удельный вес больных, выявляемых при флюорографических осмотрах, оставался относительно стабильным (в среднем 43%) и не зависел от того, где проживали больные. На основании этого наблюдения можно было ожидать, что не будет существенных различий между городом и селом по тяжести и запущенности туберкулеза у впервые выявленных больных.

Вместе с тем, изучение клинических форм туберкулеза у жителей города и села выявил существенные различия как в клинических формах, так и в фазе заболевания (таблицы 3 и 4).

Таблица 3

Клинические формы туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных больных (городское и сельское население 2000-2003 гг.)

Клинические формы	Общее число больных (город)		Общее число больных (село)	
	абс.	%	абс.	%
Диссеминиров.	174	16,0	202	24,0
Очаговая	165	15,1	73	8,7
Инфильтративн.	482	44,2	342	40,7
Туберкулема	130	11,9	78	9,3
Каверн. и ФКТ	30	2,8	46	5,4
Казеозная пнев.	9	0,8	8	0,9
Туб. трахеи и бронхов	10	0,9	7	0,8
Цирротическая	12	1,1	19	2,3
Милиарная	1	0,1	5	0,6
Туб. ВГЛУ	30	2,8	44	5,2
Туб. плеврит	47	4,3	17	2,0
Всего	1090	100	841	100

При сравнении двух групп больных туберкулёзом лёгких по клиническим формам выявленного у них заболевания оказалось, что среди сельских жителей достоверно чаще отмечаются распространённые формы заболевания.

Так, у заболевших жителей города диссеминированная форма туберкулеза легких отмечалась в 16,0% случаев, а среди больных из сельской местности эта форма заболевания выявлена у 24,0%. Разница статистически достоверна. $P > 0,05$ Соответственно, очаговых форм туберкулеза у больных из городского населения отмечалось почти в 2 раза чаще (15,1%), чем у впервые выявленных сельских жителей - меньше (8,7%).

Инфильтративный туберкулез легких встречался у городских больных несколько чаще (44,2%), чем у сельских (40,7%). Однако, как показал дальнейший анализ, запущенные формы инфильтративного туберкулёза у больных из города отмечались реже, чем у сельских жителей (таблица 4).

Таблица 4

Клинические формы туберкулеза и фазы заболевания у больных в городской и сельской местностях

<i>Клинические формы</i>	<i>Город</i>				
	Фаза туберкулезного процесса				
	всего больных	инфильтрация		распад	
		абс.	%	абс.	%
Диссеминиров.	174	41	23,6	133	76,4
Очаговая	165	165	100,0	-	-
Инфильтративн.	482	202	41,9	280	58,1
Туберкулема	130	119	91,5	11	8,5
Каверн. и ФКТ	30	-	-	30	100,0
Казеозная пнев.	9	-	-	9	100,0
Цирротическая	12	12	100,0	-	-
Милярная	1	1	100,0	-	-
Всего	1003	540	57,5	463	42,5

продолжение

<i>Клинические формы</i>	<i>Село</i>				
	Фаза туберкулезного процесса				
	Всего	Инфильтрация		Распад	
		Абс.	%	Абс.	%
Диссеминиров.	202	38	18,8	164	81,2
Очаговая	73	73	100,0	-	-
Инфильтративн.	342	114	33,3	228	66,7
Туберкулема	78	73	93,6	5	6,4
Каверн. и ФКТ	46	-	-	46	100,0
Казеозная пнев.	8	-	-	8	100,0
Цирротическая	19	19	100,0	-	-
Милярная	5	5	100,0	-	-
Всего	773	322	46,4	451	53,6

Как видно из *таблицы 4*, фаза распада отмечалась чаще при диссеминированном туберкулезе у лиц из сельской местности (81,2%), чем у жителей города (76,4%). Эта разница может показаться незначительной, однако необходимо отметить, что сама диссеминированная форма заболевания у жителей села отмечалась также чаще.

Очаговая форма туберкулеза чаще встречалась у больных – городских жителей, и ни в одном случае не была отмечена фаза распада. Инфильтративная форма туберкулеза лёгких отмечалась чаще у городских больных, а фаза распада при этой форме заболевания чаще наблюдалась у больных из сельской местности (66,7% против 58,1% у городских больных).

Таким образом, более тяжелые и распространённые процессы были выявлены у больных из сельской местности.

В *таблицах 5 и 6* приводятся данные о бактериовыделении у больных туберкулезом легких, выявленных в период с 2000 по 2003 гг.

Таблица 5

Частота и методы выявления бактериовыделения у больных туберкулёзом органов дыхания, выявленных впервые в 2000-2003 годах (городские жители)

Годы	Общее число больных	БК-		БК+ (микроскопия и посев)		БК+ (посев)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2000	286	88	30,8	109	31,1	89	31,3
2001	294	92	31,3	116	39,4	86	29,3
2002	269	82	30,5	127	47,2	60	22,3
2003	241	58	24,1	129	53,5	54	22,4
Итого	1090	320	29,4	481	44,1	289	26,5

Таблица 6

Частота и методы выявления бактериовыделения у больных туберкулёзом органов дыхания, выявленных впервые в 2000-2003 годах (сельские жители)

Годы	Общее число больных	МБТ-		МБТ+ (микроскопия и посев)		МБТ+ (посев)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2000	219	54	24,7	106	48,4	59	26,9
2001	216	56	25,9	109	50,5	51	23,6
2002	219	32	14,6	147	67,1	40	18,3
2003	187	35	18,7	121	64,7	31	16,6
Итого	841	177	21,1	483	57,4	181	21,5

Как показали наши исследования, бактериовыделение у больных, живущих в сельской местности, выявлялось методом бактериоскопии чаще, чем у городских жителей, что связано со структурой клинических форм туберкулёза и частотой фазы распада у них. В 2002 году различие в частоте выявления МБТ методом бактериоскопии было максимальным и составило 19,9%. В другие годы эти различия колебались от 11,1% до 17,3%. Разница статистически достоверна. ($P < 0,5$)

Заключение

Сравнительный анализ двух групп больных туберкулезом, выявленных в период с 2000 по 2003 гг. в городской и сельской местностях показал, что удельный вес числа больных, выявленных при обращении, практически, одинаков в городе и сельской местности. Немногим менее половины больных из числа все заболевших как в городе, так и в селе, были выявлены при очередном обследовании.

При анализе состава групп по клиническим формам туберкулеза и по фазе процесса выявлены значительные отличия. У лиц, проживающих в сельской местности, значительно чаще отмечались тяжелые и распространённые формы заболевания. В группе городских жителей диссеминированный туберкулез был выявлен в 17,3% случаев, а в группе сельских – в 26,1%. Фаза распада у этих больных отмечалась соответственно у 76,4% больных, а во второй – у 81,2%.

Инфильтративный туберкулез легких отмечался у горожан чаще, однако фаза распада наблюдалась чаще у сельских жителей.

Анализ данных о бактериовыделении у больных подтвердил вывод о том, что у большинства жителей сельской местности заболевание выявляется позже, чем у горожан. У больных из числа жителей сельской местности бактериовыделение, определяемое всеми

методами, составило 78,9%, а у городских пациентов – 10,6%. Следует также отметить, что бактериовыделение, определяемое методом бактериоскопии по Циль- Нильсену, отмечалось у сельских жителей в среднем на 13,3% чаще, чем у больных из городской местности.

Таким образом, исследование мокроты на МБТ по Циль- Нильсену является ведущим методом выявления контагиозных больных туберкулёзом лёгких, жителей сельской местности.

Избранная литература

1. Wittes R., *Bacile Calmette-Guerin vaccine* // Clin. Infec. Diseases. Vol. 31, № 3, 2000, P. 115-121.
2. Кучеров А. Л., *Оптимизация работы фтизиатрических учреждений в новых социально-экономических условиях*, Екатеринбург, 1996, P. 7-8.

Резюме

В сложной эпидемиологической ситуации, в России большую роль приобретают методы выявления больных, выделителей микобактерий туберкулёза. Для раннего выявления туберкулёза, приоритетным остаётся флюорографическое обследование. Установлено, что менее половины больных, как в городе, так и в селе, были выявлены при флюорографии. В сельской местности, у больных значительно чаще отмечались тяжелые и распространённые формы заболевания. Бактериовыделение, определяемое методом бактериоскопии по Циль- Нильсену, отмечалось у сельских жителей также чаще, чем у городских.

Summary

In complicated epidemic situation in Russia a big role play methods of detection patients, discharging TB mycobacteria. For early TB revealing it is maintained primary a fluorographic examination. It is established, that less, than a half of patients as in town so in a village were revealed during fluorography. In rural locality in patients were rather more noted severe and prevalent morbidity forms. Bacteria discharge, defining by method of bacterioscopy on Ziel-Neelsen was noted in rural habitants also more frequent, than in urban.